

University of Groningen

## Oriënterend medisch onderzoek en groeistudie van buitenlandse adoptiekinderen

Sorgedrager, Niels

**IMPORTANT NOTE:** You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

*Document Version*

Publisher's PDF, also known as Version of record

*Publication date:*

1988

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

*Citation for published version (APA):*

Sorgedrager, N. (1988). *Oriënterend medisch onderzoek en groeistudie van buitenlandse adoptiekinderen*. s.n.

### Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

### Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

... Hoofdstuk 10 • Oriënterend medisch onderzoek en groeistudie van buitenlandse adoptiekinderen

**Samenvatting**

• Hoofdstuk 1

Ieder jaar worden ongeveer 1200 buitenlandse kinderen geadopteerd in Nederland. Veel van deze kinderen zijn afkomstig uit zogenaamde ontwikkelingslanden waar armoede heerst, een insufficiënt voedingspatroon en veel kinderen last hebben van recidiverende infecties, vooral gepaard gaande met diarree.

Uit voorgaand onderzoek was gebleken dat 30 - 40% van de kinderen ondervoed in Nederland aankomt met groeiretardatie. Diverse ziekten en afwijkingen werden geconstateerd die een risico vormen voor het kind of de omgeving waarin het kind verkeert.

Thans verblijven ongeveer 20.000 van deze buitenlandse adoptiekinderen in Nederland. Voor de eerste medische opvang na aankomst en in het kader van de adoptie nazorg werd in 1983 besloten ten behoeve van de primaire, secundaire en tertiaire preventie een evaluatie te verrichten van de adoptiekinderen na aankomst in Nederland.

Vanaf 1-1-1984 tot 1-1-1986 werden 1003 van totaal 2236 in Nederland aangekomen adoptiekinderen uit derde wereldlanden onderzocht met behulp van het protocol 'oriënterend medisch onderzoek buitenlands adoptief kind', een onderzoeksadvies protocol voor zowel de huisartsen als de kinderartsen voor de eerste medische screening na aankomst.

Het protocol heb ik ontwikkeld in samenspraak met de sectie Tropische Kindergeneeskunde van de Vereniging voor Kindergeneeskunde.

De ouders ontvingen het protocol voor aankomst van het kind met een begeleidende brief voor de onderzoekende arts, via hun adoptievereniging. Na het medisch onderzoek en na toestemming van de adoptieouders werd een copie van het protocol centraal geregistreerd en bewerkt, samen met relevante, aanvullende gegevens, opgevraagd aan de artsen. Eén en twee jaar na nakomst werden de ouders schriftelijk geënquêteerd met het verzoek ziekten op te geven, welke niet onmiddellijk gediagnostiseerd waren bij aankomst, of die nieuw ontstaan waren in de eerste periode na aankomst. Tevens werden de groeigegevens van gewicht en lengte en schedelomtrek opgevraagd, zoals gemeten op het CB Bureau, door de huisarts, schoolarts of kinderarts. De doorgemaakte ziekten werden na verificatie door de behandelend arts verder verwerkt en de groeigegevens van lengte en gewicht (3 tot 7 metingen in de periode van twee jaar) werden gebruikt in de groei-evaluatie. Berekening van de schedelgroei bleek niet mogelijk, wegens onvoldoende meetgegevens. Ook de psychosociale aanpassing werd niet bestudeerd. Gebruik makend van de resultaten van dit onderzoek kon een hernieuwde versie van het onderzoeksadvies protocol worden opgesteld voor huis- en kinderartsen.

• Hoofdstuk 2

**Landen van herkomst**

	Adoptie onderzoek	Totaal aangekomen
Sri Lanka	413	922
Korea	176	258
Colombia	162	382
India	147	302
Haiti	34	77
Brazilië	34	106
Rest Z.Amerika	22	58
Thailand	4	11
Chili	4	24
Noord Afrika	3	16
Indonesië	2	31
Overig M. Oosten	2	10
Rest		39
<b>Totaal</b>	<b>1003</b>	<b>2236</b>

# Leeftijden bij aankomst

0 - 6 maanden	607
6 -12 maanden	112
1 jaar	92
2 jaar	58
3 jaar	45
4 jaar	31
5 jaar	30
6 jaar	20
7 jaar	1
8 jaar	6
9 jaar	1

Door de kinderartsen werden 848 (85%) kinderen onderzocht en door de huisartsen 148 (15%) kinderen.  
Het onderzoek vond plaats binnen twee weken na aankomst bij 86% van de kinderen.

## • Hoofdstuk 3

Over het algemeen waren de meegekomen medische gegevens uit het land van herkomst erg summier.  
235 (23%) van de kinderen brachten schriftelijke gegevens mee over het geboortegewicht. 7% van deze kinderen had een geboortegewicht  $\leq$  2500 gram.  
512 (51%) van de kinderen kwamen voor aankomst uit een kindertehuis en daarvan verbleven 365 (67%) minder dan zes maanden in dat tehuis.

## • Hoofdstuk 4

Het lichamelijk onderzoek leverde de volgende afwijkingen:  
Huid: 318 (32%); Mond/KNO: 147 (15%); Ogen: 43 (4%); Hart: 51 (5%); Longen: 58 (6%); Buik: 133 (13%); Uitwendig genitaal: 45 (4.5%) alleen bij jongens; Psychomotorische achterstand: 112 (4.5%)  
Zie voor verdere details, hoofdstuk 4.

- Hoofdstuk 5

Laboratoriumscreening leverde de volgende afwijkingen:

Bloedarmoede: 166 (17%); Leverfunctie: 159 (18%); Hypoalbuminaemie: 247 (37%); Lues: 3 (0.3%); Australië Antigeen positief: 17 (2%); Urineweginfecties: 9 (1%); Faeces Parasieten: 157 (17%); Faeces Salmonella: 73 (7.5%); Faeces Campylobacter: 69 (8%). Aantal kinderen, direct opgenomen in een ziekenhuis: 18 (2%).

Aantal verwijzingen naar specialisten, anders dan kinderarts: 107 (11%). Leeftijdsanalyse voor verandering van de geboortedatum: 11 (1%).

Zie voor verdere details, hoofdstuk 5.

- Hoofdstuk 6

De huisarts heeft vooral die kinderen onderzocht die:

- wat ouder waren. De jonge zuigelingen en ex-paematuren werden in het algemeen door de kinderarts onderzocht.
- weinig of geen uitwendig zichtbare afwijkingen vertoonden. Hij heeft minder gebruik gemaakt van de laboratoriumscreenings adviezen dan de kinderarts.

De kinderarts heeft meer kinderen onderzocht met gewichts en groeiretardatie.

- Hoofdstuk 7

De morbiditeits incidentie van nieuw ontstane ziekten bij de adoptiekinderen gedurende het eerste jaar verblijf in Nederland werd schriftelijk geënkquêteerd en berekend en vergeleken met de morbiditeits incidenties van dezelfde leeftijdsgroepen in de gemiddelde nederlandse huisartsenpraktijk. De incidentie van de gemiddelde huisartsenpraktijk is samengesteld uit hulpvraag contacten. Dit levert methodische vergelijkingsproblemen. Desondanks bleek dat de kinderen behalve broncho/pneumonie geen verhoogde incidentie vertoonden voor andere infecties. Wel komen er meer kinderen voor met:

- Doofheid zonder KNO-infecties
- Febriele convulsies
- Epilepsie
- Psychomotore ontwikkelings achterstand
- Taal ontwikkelingsstoornissen.

In de verdere follow-up na aankomst in Nederland kunnen artsen en andere begeleidende instanties rekening houden met deze aanwijzingen.

• Hoofdstuk 8

De lichamelijke groei van lengte en gewicht, gemeten op de Consultatie Bureau's voor zuigelingen en kleuters, of gemeten door huisarts of kinderarts, werd bestudeerd gedurende de eerste twee jaar na aankomst. (Gebruik werd gemaakt van de NCHS referentie curve)

29% van de jongens en 32% van de meisjes kwamen in Nederland aan met een gewichtsachterstand beneden de 3e percentiel, 22% jongens en 31% meisjes met lengtegroeiachterstand.

Het merendeel van de kinderen vertoonde een duidelijke inhaalgroei, maar de lengte-inhaal was beter dan de gewichtsinhaal. Daardoor ontstond een dysproportionele gewicht/lengtegroei. Dit is mogelijk het gevolg van de relatief hoge eiwit- en lage koolhydraatintake, kenmerkend voor ons nederlands voedingspatroon.

De 60 (6%) kinderen met de ernstigste achterstand met Gewicht/lengte  $\leq$  P1 en de kinderen met geboortegewicht  $\leq$  2500 gram  $\leq$  P3 (53%) vertoonden een lengtegroei inhaal die na 2 - 2.5 jaar verblijf in Nederland vermoedelijk nog niet was voltooid. Na 2 - 2.5 jaar lag hun lengte gemiddeld nog rond de P17, terwijl de totale groep jongens en meisjes gestegen was tot P25 van de referentie populatie. Kinderen, die bij aankomst een leeftijd hadden van 1 - 4 jaar, kwamen ook met hun gemiddelde lengtegroei op de P25. Kinderen, afkomstig uit kindertehuizen leken iets beter te groeien (gewicht/leeftijd) dan kinderen, die niet in een kindertehuis zaten voor aankomst in Nederland.

Lengtegroei achterstand, opgelopen door ondervoeding, recidiverende infecties en slechte omgevingsfactoren lijkt reversibel te zijn, zelfs bij langer inwerkende deprivatie.

Adviezen worden gegeven ten behoeve van de huisartsen en kinderartsen voor de klinische beoordeling van ondervoeding en groeiachterstand van buitenlandse adoptiekinderen.